

Nombre y dirección del cliente

Hamburgo, al
Depto. RLK-Leistung – RLK 2 + 3

Aviso de siniestro
Seguro de gastos de anulación de viaje del no. de seguro: _____

Estimado cliente:

Lamentablemente Vd. ha tenido que anular su viaje. Para poder despachar su siniestro necesitamos alguna información suya de importancia. Para evitar tener que pedir más demandas de aclaración, le rogamos rellenar este aviso de siniestro detallada- y completamente. Le agradecemos su cooperación. Naturalmente estamos siempre a su disposición en caso de necesitar más aclaraciones.

I. Indicaciones sobre el viaje:

- 1) Operador turístico: _____ Destino: _____
2) Agencia de viaje: _____
3) Reservado el: _____ Anulado el : _____
4) Inicio del viaje: _____ Fin del viaje: _____

II. ¿Cuales de los participantes de viaje anularon el viaje? (Nombre, dirección, fecha de nacimiento, no. de teléfono)

- 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

III. Nombre y dirección de la persona que promovió el siniestro:

Indíque, por favor, también la relación de parentesco.

IV. Motivo de la anulación del viaje :

- Enfermedad** → Haga rellenar, por favor, el cuestionario adjunto por el médico de asistencia
- Accidente**
- Embarazo** → Envíenos, por favor, un certificado médico del médico de asistencia o bien del ginecólogo.
- Intolerancia vacunal** → Envíenos, por favor, una confirmación médica.
- Desempleo** → Envíenos, por favor, la notificación de despido de su empleador y la confirmación de la oficina de trabajo.
- Fallecimiento** → Envíenos, por favor, una copia del certificado de defunción e infórmenos sobre la relación parentesca.

otras causas : _____

Si el siniestro (p.e. accidente) fue causado por una persona ajena, indíquenos, por favor, el nombre y la dirección exacta de esta persona así como, en el caso de accidentes de tráfico, en caso dado, el no. del diario y de la comisaría de policía:

¿Cuándo se produjo el siniestro? _____

En caso de enfermedad: ¿Hubo una incapacidad de trabajar? No Si

En caso afirmativo, adjunte, por favor, una copia del certificado de incapacidad de trabajar a los documentos de siniestro e indique, por favor, también el nombre y la dirección de su empleador:

V. Interrupción del viaje:

Causa de la interrupción del viaje: _____

En qué momento exacto se interrumpió el viaje: _____

Preséntenos, por favor, en este caso los comprobantes originales de los gastos adicionalmente producidos, como p.e. facturas del hotel, pasajes, billetes de tren, etc.

VI. ¿A quién han de pagarse unas eventuales indemnizaciones de seguro?

(Nombre, dirección, cta bancaria, en caso dado IBAN, BIC, nombre y dirección del banco para pagos al extranjero)

VII. Para tramitar el siniestro necesitamos los siguientes documentos suyos:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Póliza de seguros | <input checked="" type="checkbox"/> | Comprobante del pago de la prima de seguro | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Confirmación de la reserva del viaje (copia) | <input checked="" type="checkbox"/> | Lista de los participantes del operador turístico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Factura original de los gastos de anulación | <input checked="" type="checkbox"/> | Condiciones de viaje del operador turístico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Contrato original de alquiler | <input checked="" type="checkbox"/> | Condiciones de alquiler del alquilador | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pasajes originales
(exceptuando en caso de haberse reembolsado) | <input checked="" type="checkbox"/> | Recibo de pago al haberse reservado con carta de crédito | <input checked="" type="checkbox"/> |

¡Evite, por favor, juntar los documentos con grapas o sujetapapeles ! Le agradecemos su cooperación.

No. de seguro: _____
Se ruega indicarlos siempre, a no ser que esté indicado ya

No. de siniestro: _____
Se ruega indicarlos siempre, si se conoce

VIII. Indicación sobre las consecuencias de violar incumbencias después de suceder el siniestro

Instrucción según § 28 párrafo 4 Ley sobre Contratos de Seguro

Estimado cliente:

Una vez haberse producido el siniestro, necesitamos su cooperación.

Obligación de información y esclarecimiento

A base de los arreglos contractuales concertados con Vd. podemos exigir de Vd., una vez sobrevenido el caso de siniestro que nos pase cualquier información necesaria para comprobar el siniestro o el alcance de nuestra obligación de prestar una indemnización (obligación de información), y facilitarnos un examen apropiado de nuestra obligación de prestar una indemnización de forma que nos haga pasar todas las indicaciones que sirven para esclarecer los hechos (obligación de aclaramiento). También podemos exigir que Vd. ponga los comprobantes / documentos a nuestra disposición a la medida que se le pueda pedirlo.

Exención de indemnización

Si Vd., en contra de las estipulaciones contractuales, no nos proporciona las indicaciones deliberadamente o si no corresponden a la verdad o no ponen los comprobantes / documentos exigidos deliberadamente a nuestra disposición, Vd. perderá su derecho a indemnización de seguro. Si infringe negligentemente estas obligaciones, Vd. no perderá su derecho completamente, eso no, pero nosotros podemos reducir nuestra prestación en relación a la gravedad de su culpa. No habrá reducción, si Vd. comprueba de que no ha infringido la obligación negligentemente.

A pesar de violar su obligación de información, de esclarecimiento o bien de proporcionarnos comprobantes / documentos quedamos obligados a prestar indemnización en tanto que Vd. demuestre que la violación de obligación negligente no fue causal ni para la comprobación del siniestro ni para la comprobación o bien el alcance de nuestra obligación de prestación.

Si Vd. viola la obligación de información, de esclarecimiento o bien de proporcionarnos comprobantes / documentos de mala fé, quedamos en todo caso liberados de nuestra obligación de prestación.

Indicación:

Si el derecho a indemnización contractual no le corresponde a Vd. sino a un tercero, también éste está obligado a facilitarnos información, esclarecimiento o bien a proporcionarnos comprobantes / documentos.

Lugar: Fecha: _____

Firma del tomador del seguro y de la persona asegurada o el representante legal

IX. Declaraciones finales

Afirmo que mis declaraciones arriba formuladas corresponden a la verdad y que son completas. Sé que unas declaraciones incorrectas o incompletas pueden dar lugar a la pérdida de la cobertura de seguro. He tomado buena nota de las indicaciones precedentes según § 28 párrafo 4 de la ley del contrato de seguro sobre consecuencias en el caso de violar obligaciones una vez sobrevenido el siniestro. Además cederé mis derechos y reclamaciones contra un causante de accidente / responsable o bien contra mi seguro de enfermedad legal / seguro de enfermedad privado a la HanseMerkur Reiseversicherung AG por el importe de las prestaciones pagadas por la HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Lugar: Fecha: _____

Firma del tomador del seguro y de la persona asegurada o el representante legal

Exoneración de la obligación de guardar secreto profesional:

Operdor turístico:
No. de siniestro:

Estimado asegurado:

Le rogamos firmar la declaración formulada a continuación y pasar este formulario al médico de asistencia. Con tal que no haya caído enfermo Vd. mismo, haga, por favor, firmar la declaración sobre la exoneración de la obligación de guardar secreto profesional por la persona de riesgo caída enferma (p.e. padres, hijos, abuelos, etc.) o los otros compañeros de viaje afectados. La declaración no es una exoneración general de la obligación de guardar secreto profesional, sino se refiere solo a informes sobre la(s) enfermedad(es) que llevó/llevaron a la anulación o la interrupción del viaje.

Indicación: Vd. o bien la persona sobre la que han de pedirse datos referentes a la salud, tiene la posibilidad de denegar la exoneración de la obligación de guardar secreto profesional. En este caso quedará suspendido un deber de prestación eventual por parte de la HanseMerkur Reiseversicherung AG por lo menos hasta el momento en que se le vuelva a dar la posibilidad de examinar la prestación.

Declaración sobre la exoneración de la obligación de guardar secreto profesional:

Sé que la HanseMerkur Reiseversicherung AG tomará información sobre la(s) enfermedad(es) que llevó/llevaron a la anulación o la interrupción del viaje para juzgar su deber de prestación y que, en caso dado, verificará las indicaciones que se darán para fundamentar un derecho. A tal fin delibero a los miembros de la profesión médica u hospitales así como los seguros de enfermedad y aseguradores de enfermedad abajo alistados que son nombrados en los documentos presentados por mí o que participaron en el tratamiento médico, de su obligación de guardar secreto profesional, incluso más allá de mi muerte. Sin embargo, en lo que se refiere a un tratamiento anteriormente realizado por un médico, dentista u otros miembros de una profesión médica, esta exoneración de la obligación de guardar secreto profesional solo tendrá validez, en cuanto sean necesarias estas indicaciones para examinar el deber de prestación.

Exonero a los siguientes médicos y otros miembros de profesiones médicas de su obligación médica de guardar secreto profesional (indique, por favor, los nombres completos y direcciones):

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Hago esta declaración igualmente para mis hijos eventualmente coasegurados, así como para todas las otras personas legalmente representadas por mí, que no están en condiciones de juzgar ellos mismos la importancia de esta declaración.

Una copia de esta autorización tendrá igualmente validez.

_____ al _____
Lugar Fecha Firma de la persona, sobre la que han de tomarse datos

Certificado médico:

Operador turístico:

No. de siniestro: _____

Estimado doctor:

Le rogamos contestar las siguientes preguntas detalladamente en letra de imprenta en el interés de nuestro cliente/su paciente, para que podamos juzgar el deber de prestación resultante del seguro de gastos de anulación de viaje. (En el caso de que no haya suficiente espacio, le rogamos formular los suplementos en el dorso.)

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Calle, código postal, domicilio

Seguro de enfermedad / asegurador de enfermedad

No. de seguro

1. a) Diagnostico exacto con el código ICD de la enfermedad / del accidente que llevó a la anulación del viaje: _____
b) Historia / con anamnesis completa (en hoja separada en caso dado): _____
 2. ¿Cuándo se estableció el diagnóstico o bien cuando se produjo el accidente? _____
 3. ¿Cuándo se consultó por primera vez a un médico por estas molestias? _____
 4. a) ¿Hubo incapacidad de trabajar? No Si, desde el _____ hasta el _____
¡En caso afirmativo, adjuntar, por favor, un certificado de incapacidad de trabajar !
b) En caso negativo formular, por favor, el motivo: _____
 5. ¿Tratamiento hospitalario? No Si, desde el _____ hasta el _____
¡En caso afirmativo, adjuntar, por favor, también el informe de alta y el diagnóstico de ingreso !
 6. ¿Qué medidas terapéuticas se iniciaron? ¡Indiquen, por favor, también los medicamentos prescritos!

 7. a) ¿Cuándo se realizaron los tratamientos por esta enfermedad? ¡Indiquen, por favor, las fechas!

b) ¿Qué exámenes clínicos se realizaron en detalle? _____
 8. a) ¿Existía la enfermedad ya desde hace tiempo? No Si, ¿desde cuándo exactamente? _____
b) ¿Cuándo se realizaron los tratamientos para la/las arriba mencionada/s enfermedad/es, especialmente en los últimos años? ¡Indiquen, por favor, las fechas detalladas! _____
c) ¿En cuáles de estas fechas se realizó el tratamiento a causa de un empeoramiento de la enfermedad existente?

 9. a) ¿Se le preguntó ya **antes** de la reserva del viaje del _____ * (fecha) sobre la capacidad de viajar?
 No Si, por primera vez el _____
b) En caso afirmativo, ¿Qué se aconsejó al paciente o a los familiares o bien qué se hizo observar?

 10. ¿Se le preguntó por la capacidad de viajar **después** de la reserva del viaje *?
 No Si, por primera vez el _____
por última vez el _____
 11. ¿Cuándo disuadió Vd. a la persona de iniciar el viaje? Fecha: _____
- Motivo: _____
12. ¿Se le mandó a la persona a un médico especialista? No Si, el: _____

¡Indicar aquí el nombre y la dirección del médico!

Sello y firma del médico

Lugar / fecha